



QUALITÄTSBERICHT 2024



Inhaltsverzeichnis

Thema	Seite
Vorwort	3
Behandlungsfehler	4
Berufskrankheiten	7
Besondere Versorgungsformen	9
Digitale Gesundheitsanwendungen	11
Elektronische Patientenakte (ePA)	12
Haushaltshilfe	14
Häusliche Krankenpflege	15
Hilfsmittel	17
Kinderpflegekrankengeld	19
Krankengeld	21
Kundenbeschwerden	23
Kundenservice	24
Kundenzufriedenheit	25
IKK Onlinefiliale und IKK classic-App	26
Pflege	28
Prävention im Betrieb (BGM)	31
Prävention im privaten Umfeld	34
Rehabilitation	36
Vorsorgeleistungen	38
Widersprüche und Klagen	40
Zahnersatz	43

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Transparenz ist mehr als ein Schlagwort – sie ist unser tägliches Versprechen. Genau deshalb legen wir mit unserem Qualitätsbericht 2024 erneut offen, welche Leistungen wir erbringen und welche Standards wir setzen.



Dabei geht es nicht nur um Zahlen, sondern auch um Haltung. Für uns als Krankenkasse ist klar: Nur wer offen und ehrlich kommuniziert, kann langfristig Vertrauen aufbauen. Wir handeln verantwortungsbewusst und mit klarem Blick auf das, was wirklich zählt: Ihre Sicherheit im Krankheitsfall, Ihre berechnete Erwartung auf Unterstützung und die Gewissheit, dass die IKK classic stets verlässlich an Ihrer Seite steht.

Wie gut unser Service ist und wie vorteilhaft unsere Produkte sind, wissen am besten unsere Kundinnen und Kunden. Deshalb lassen wir regelmäßig unabhängige Unternehmen unsere Leistungen bewerten. Die Ergebnisse sprechen für sich: Das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) hat uns im Auftrag des Handelsblatts als „Beste kundenorientierte Krankenkasse 2024“ ausgezeichnet. In einer umfassenden Studie von Service Value und BILD belegten wir den 1. Platz in der Kategorie „Höchste Kundenempfehlung“. Und das Magazin Focus Money bewertete unsere IKK classic-App als „Top App“.

Diese Auszeichnungen bestärken uns, unseren Weg konsequent fortzusetzen. Deshalb haben wir unseren Qualitätsbericht 2024 noch einmal erweitert und optimiert. Er liefert wichtige Kennzahlen zu 21 besonders relevanten Leistungen und Services – ergänzt durch Zitate unserer Expertinnen und Experten, übersichtlich strukturiert und in einem Design, das Orientierung bietet.

Erfahren Sie beispielsweise, wie viele Anträge zu verschiedenen Leistungen bei uns eingehen, welche Präventionsangebote wir anbieten und wie hoch die Genehmigungsquoten sind. Wir informieren Sie über die Kundenzufriedenheit sowie die Anzahl der Widersprüche. Auch digital gehen wir voran: mit unserer IKK Onlinefiliale, der IKK classic-App, Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und der elektronischen Patientenakte (ePA).

Wir sind überzeugt, dass Transparenz der Schlüssel zu mehr Qualität im Gesundheitswesen ist. Wir laden Sie herzlich dazu ein, sich selbst ein Bild zu machen.

Ihr
Frank Hippler,
Vorstandsvorsitzender der IKK classic

Behandlungsfehler

Was sind Behandlungsfehler?

Falsche Medikamente, im Bauchraum vergessene Kompressen oder ein verwechseltes Röntgenbild – all das und mehr kann bei medizinischen Behandlungen auftreten. Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn medizinisches Fachpersonal gegen geltende Standards und Sorgfaltspflichten verstößt. Das betrifft nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegekräfte, Hebammen oder Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker.

Es gibt mindestens **20 verschiedene Arten von Behandlungsfehlern**, u. a.:

- unzureichende oder fehlende Aufklärung über die Risiken der Behandlung
- eine notwendige Behandlung wird versäumt
- Fehler bei der Auswahl der Behandlungsmethode, der Therapie oder der Nachsorge
- nach Operationen verbleibt ein Fremdkörper im Körper
- Gesundheitsschaden aufgrund eines Fehlers in der Organisation



Anzahl Unterstützungsfälle:

(nach § 66 SGB V)

3.247

Anzahl der unterstützten Kundinnen und Kunden bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler **pro 100.000 Versicherte:**

108



Fast jeder fünfte geprüfte Fall zeigt einen Behandlungsfehler.

*Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 19,4 %

Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic setzt den Patientenschutz und die Sicherheit ihrer Versicherten an erste Stelle. Für Betroffene ist es oft schwer einzuschätzen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, insbesondere, wenn sie gleichzeitig an schweren gesundheitlichen Einschränkungen leiden. Unsere Expertinnen und Experten stehen Versicherten mit umfassender Fachkompetenz und Beratung zur Seite. Sie klären Verdachtsfälle und helfen Betroffenen, ihre Rechte durchzusetzen.

Mit einer umfassenden Informationspolitik wollen wir dazu beitragen, Behandlungsfehler konsequent offenzulegen, systematisch zu erfassen und auszuwerten, um sie künftig zu vermeiden.



Wir unterstützen unsere Versicherten in hochemotionalen Situationen und verstehen uns auch als verständnisvolle Zuhörer. Durch unsere Tätigkeit tragen wir dazu bei, dass Versicherte für einen erlittenen Gesundheitsschaden im besten Fall entschädigt werden. Zudem sorgen wir dafür, dass durch unsere Regressansprüche im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern die Versichertengemeinschaft entlastet wird, indem sie nicht für die Folgen fehlerhafter Behandlungen aufkommen muss.“

Florian Müller

Teamleiter Behandlungsfehler

[Zur Leistungsseite Behandlungsfehler →](#)

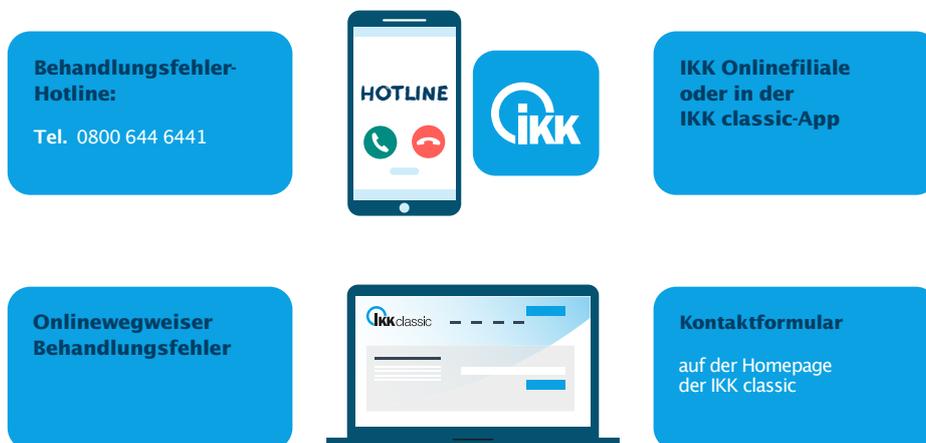
Wie wird die Leistung gewährt?

Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler berät das Expertenteam der IKK classic die Versicherten und informiert sie über ihre Rechte und den Prüfablauf. Gemeinsam wird das weitere Vorgehen abgestimmt. Im Anschluss erhalten die Versicherten einen Erhebungsbogen und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen, um ärztliche Unterlagen von allen behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. Krankenhäusern anzufordern.

Sobald alle Behandlungsunterlagen vorliegen, lässt die IKK classic den Fall vom Medizinischen Dienst unabhängig und für die Versicherten kostenfrei prüfen. Liegt das Gutachten vor, bespricht unser Expertenteam mit den Versicherten die nächsten Schritte. Wird der Verdacht auf einen Behandlungsfehler bestätigt, können die Versicherten möglicherweise Schadenersatz verlangen.

Das Expertenteam der IKK classic berät die Versicherten fallindividuell zu Rechtslage, Verjährungsfristen und unterstützt sie bei der Suche nach einer Fachanwältin bzw. einem Fachanwalt für Medizinrecht oder nach Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammer. Letztere bieten den Versicherten eine Alternative zum Rechtsweg und sind ebenfalls kostenlos.

Ihre Kontaktwege für die Beratung bei der IKK classic:



Die IKK classic stellt Versicherten bei der Behandlungsfehlerprüfung feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Seite. Diese begleiten die Versicherten während des gesamten Prozesses, informieren regelmäßig über den Sachstand und bieten auch psychosoziale Unterstützung in den Beratungsgesprächen.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung: 605

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit sozialmedizinischer Begutachtung je 100.000 Versicherte: 20

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht: 116

Anzahl Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V mit nach sozialmedizinischer Begutachtung nicht bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht: 462

Quote der durch sozialmedizinische Begutachtung nicht bestätigten Behandlungsfehler im Rahmen der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 77,1 % (bei 3,5 % offenen Begutachtungen)

Berufskrankheiten

Was sind Berufskrankheiten?

Berufskrankheiten werden durch eine besondere Belastung im Beruf oder am Arbeitsplatz verursacht. Sie entwickeln sich häufig erst über viele Jahre hinweg, wobei der Zusammenhang zwischen Arbeit und Erkrankung nicht immer eindeutig ist. Aktuell gibt es nach der Berufskrankheitenverordnung **85 anerkannte Berufskrankheiten**.

Zu den Einflussfaktoren zählen beispielsweise der Umgang mit Schadstoffen, starke Sonneneinstrahlung, körperliche Belastungen oder ein hoher Lärmpegel am Arbeitsplatz. Als handwerksnahe Kasse haben wir gegenüber unseren Kundinnen und Kunden eine besondere Verantwortung.



Aktive Verdachtsfälle

11.259

Anerkennungen von Berufskrankheiten

652

Anerkennungsquote

5,8%

Anzahl der unterstützten Kundinnen und Kunden bei einem Verdacht auf eine Berufskrankheit

PRO 100.000 VERSICHERTE: 373

Die Top 5 der Berufskrankheiten

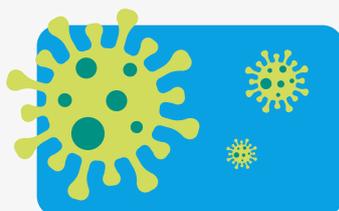


Lärmschwerhörigkeit

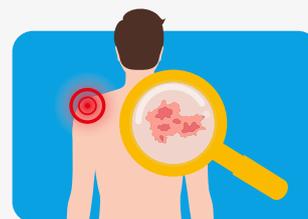
Handwerkerinnen und Handwerker sind wesentlich häufiger von Berufskrankheiten betroffen – in Bäckereien sind es meist Atemwegserkrankungen, in Maschinenhallen meist durch Lärm ausgelöste Beschwerden.



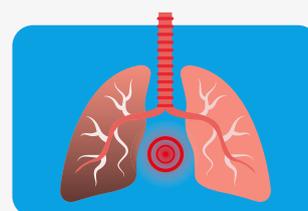
Lungen- oder Kehlkopferkrankungen



Infektionskrankheiten



Heller Hautkrebs



Erkrankung des Lungenfells (Mesotheliom)

Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic setzt auf ein kundennahes **Fallmanagement**, um die Betroffenen bestmöglich zu unterstützen. So werden Verdachtsfälle von Berufskrankheiten eigeninitiativ aufgespürt, die sonst wegen fehlender Handlungsroutinen und arbeitsmedizinischer Kenntnisse unbemerkt bleiben könnten.

Um den Verdacht auf eine Berufskrankheit zu klären, stellt die IKK classic der Kundin oder dem Kunden einen speziellen **Fragebogen** zur Verfügung. Dieser ist auf die jeweilige Berufskrankheit zugeschnitten und erfasst die beruflichen Einflussfaktoren, wie schädigende Stoffe oder Tätigkeiten.

Erfahrene Fallmanagerinnen und Fallmanager der IKK classic unterstützen bei der Antragstellung und beim Ausfüllen der Fragebögen, sorgen für eine vollständige Erfassung der Arbeitsvorgeschichte, bewerten die Entscheidung der Berufsgenossenschaft und bieten Unterstützung, falls Betroffene Widerspruch einlegen oder Klage erheben möchten.

Wie wird die Leistung gewährt?

Die behandelnde Ärztin bzw. der Arzt meldet in der Regel den Verdacht auf eine Berufskrankheit dem Unfallversicherungsträger. Dazu sind ebenfalls Arbeitgebende, die Krankenkasse und die Rentenversicherung sowie Betroffene und ihre Angehörigen verpflichtet. Auch Kolleginnen und Kollegen sowie Betriebsärztinnen und -ärzte können einen Verdachtsfall anzeigen.

Um Vorgänge proaktiv aufzugreifen, setzt die IKK classic auf eigens entwickelte **EDV-gestützte Auswertungen**. Bei begründeten Verdachtsfällen suchen die Fallmanagerinnen und Fallmanager das persönliche Gespräch mit den Betroffenen, erläutern die Hintergründe und bitten um weitere Informationen zu Krankheitsbild und bisherigem Arbeitsleben. Bestätigt sich der Verdacht, meldet die IKK classic den Fall der Berufsgenossenschaft.

Bei Anerkennung einer Berufskrankheit profitieren die Versicherten von erweiterten Versorgungsleistungen ohne Zuzahlungen oder Eigenanteile. Die Behandlung erfolgt in ausgewählten Einrichtungen, und bei Bedarf werden Umschulungen finanziert oder Renten- und Pflegeleistungen gewährt.

[Zur Leistungsseite Berufskrankheiten →](#)

Sie möchten unsere Expertinnen und Experten persönlich um Rat fragen? Für die Beratung unserer Kundinnen und Kunden bieten wir verschiedene Kontaktwege.



Besondere Versorgungsformen

Was sind besondere Versorgungsformen?

Eine optimale Versorgung unserer Versicherten ist unser zentrales Anliegen. Wir ergänzen die Regelversorgung durch gezielte und sinnvolle Angebote. Dabei setzen wir mit Augenmaß auf innovative Versorgungsmodelle – individuell zugeschnitten auf die Bedürfnisse unserer Versicherten.



Teilnehmende aller genannten Angebote:

894.198



Was leistet die IKK classic?



IKK Promed:

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, sog. Disease-Management-Programme (DMP). In diesen Programmen koordinieren medizinische Fachkräfte die Behandlungsschritte eng miteinander.



Hausarztprogramm:

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) zielt darauf ab, die Qualität der hausärztlichen Versorgung zu verbessern und die zentrale Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte zu stärken, besonders für Patientinnen und Patienten mit häufigem Behandlungsbedarf.



Selektivverträge:

Diese Verträge vernetzen verschiedene Leistungssektoren miteinander und ermöglichen eine interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung.



Case Management:

Mit Case Management sowie Gesundheitslotsinnen und -lotsen bietet die IKK classic differenzierte und individuelle Unterstützung für Versicherte mit besonderen Versorgungsbedürfnissen.

Wie wird die Leistung gewährt?

Programmteilnahmen: Versicherte unterschreiben eine Teilnahmeerklärung bei niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten. Je nach Versorgung sind vorherige Untersuchungen in der behandelnden Arztpraxis erforderlich. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos.

Beratungsangebot: Je nach Bedarf können sich Versicherte telefonisch oder persönlich zu passenden Versorgungsangeboten beraten lassen – ebenfalls freiwillig und kostenlos. Dabei stehen unser Case Management und die Gesundheitslotsen mit Rat und Unterstützung zur Seite.

Besondere Leistungen:

Die IKK classic bietet eine Vielzahl von besonderen Leistungen, die die Versorgung der Versicherten ergänzen. Hier stellen wir einige Bereiche vor:

- **TeleClinic:** Die Digitale Sprechstunde sorgt dafür, dass Versicherte bei über 60 Krankheitsbildern jederzeit die bestmögliche ambulante ärztliche Versorgung erhalten. Ganz einfach per App.



Funktioniert es wirklich auch im Ausland und mitten in der Nacht? Katrin Schütze berichtet von ihrer persönlichen Erfahrung. Im Urlaub bemerkte sie, dass sich ihr dreijähriger Sohn immer wieder am Bauch kratzte: Überall auf seiner Haut breiteten sich rote Quaddeln aus. Sie gab die Symptome in die TeleClinic-App ein, lud Fotos des Ausschlags hoch und buchte einen ‚Sofort-Termin‘. Innerhalb einer Stunde stellte die Ärztin nach einer kurzen Video-Untersuchung eine Diagnose und verschrieb ein Rezept – digital abrufbar über die IKK-Gesundheitskarte:

„Die TeleClinic hat unseren Urlaub gerettet! Ich war ohnehin schon Fan des Services, aber dieses Erlebnis hat noch einmal alles getoppt. Unkompliziert, schnell und effektiv – besser hätte es nicht laufen können.“

Katrin Schütze

Versicherte der IKK classic

- **Lotsenfunktion** - gezielte Information und Beratung zur individuellen Versorgungssituation.
- **Stationsersetzende Operationen** in bestimmten Fachgebieten wie beispielsweise Orthopädie, Kardiologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Gefäßchirurgie oder Gynäkologie.
- **Injektions-/Spritzentherapie** im Bereich der Wirbelsäule.
- **IKK Rückenschmerz:** Telemedizinische Versorgung bei Rückenschmerzen und Muskelerkrankungen.
- **Intravitreale operative Medikamentengabe (IVOM)** bei Erkrankungen der Netzhaut.
- Spezielle (digitale) Versorgungsangebote bei psychischen Erkrankungen.
- **CareNow:** Soforthilfe für Jugendliche mit psychischen Belastungen.
- **Fimo Health App:** Unterstützung bei Krebs oder Long Covid.
- **Cyberknife:** Strahlentherapie bei Tumoren.
- **Preventicus Heartbeats App** zur Schlaganfallprävention.
- **IKK Kopfschmerz:** Telemedizinisches Coaching bei chronischen Kopfschmerzen.
- Individuelle innovative Versorgungsangebote.

Digitale Gesundheitsanwendungen

Was sind digitale Gesundheitsanwendungen?

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind medizinische Anwendungen, die auf digitalen Plattformen wie Smartphones, Tablets oder Computern genutzt werden können. Sie unterstützen unsere Versicherten dabei, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden gezielt zu fördern.

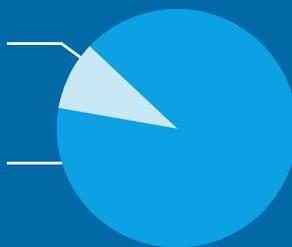
DiGA können verschiedene Funktionen haben, unter anderem:

- **Gesundheitsmonitoring** (z. B. Blutzuckermessung)
- **Gesundheitscoaching** (z. B. Ernährungsberatung, Bewegungstraining)
- **Therapieunterstützung** (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Schmerzmanagement)
- **Krankheitsmanagement** (z. B. Diabetes-Management, Asthma-Management).



DiGA-Ablehnungen
1.715

DiGA-Genehmigungen
17.491



DiGA-Anträge

19.206

Können alle Versicherten die DiGA nutzen?

DiGA können entweder per Verordnung behandelnder Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder mit einer Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Alle geprüften und zugelassenen DiGA sind im offiziellen Verzeichnis unter

<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> gelistet. Für jede DiGA werden dort Informationen zu Indikationen, möglichen Kontraindikationen und weiteren individuellen Voraussetzungen (wie z.B. Altersangaben oder Geschlecht) hinterlegt – transparent und jederzeit einsehbar.

Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, können unsere Versicherten die jeweilige DiGA nutzen.

Zur Leistungsseite DiGA →

Elektronische Patientenakte (ePA)

Was ist die Elektronische Patientenakte?

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist ein lebenslang laufender, geschützter Speicher für medizinische Dokumente der Versicherten. Die ePA kann man sich als eine Art „Cloud“ – einen externen Speicherplatz – für medizinische Informationen vorstellen. Statt in einer Papiersammlung werden dort alle Dokumente gebündelt und ortsunabhängig aufbewahrt. Den Zugriff bestimmen die Versicherten.



Die ePA bietet allen Nutzerinnen und Nutzern die Möglichkeit, medizinische Daten wie Diagnosen, Befunde, Medikationspläne oder Arztbriefe gebündelt an einem Ort zu speichern. Die Daten können dann jederzeit abgerufen und beispielsweise mit Arztpraxen geteilt werden. Schluss mit Faxgeräten, Einscannen oder Kopieren. Die gesundheitliche Versorgung wird damit auch übersichtlicher. Nicht die Patientin oder der Patient werden durch die Nutzung der ePA gläsern. Im Gegenteil: Die Patientinnen und Patienten bekommen einen Einblick in Daten und Informationen, die sie zuvor nie zu Gesicht bekommen hätten.“

Stefan Schellberg

Chief Digital Officer der IKK classic

Elektronische Patientenakte (ePA)

Nur die Versicherten bestimmen, was in der Akte gespeichert wird und wer darauf zugreifen darf. Die ePA kann bequem auf dem Smartphone über die IKK classic ePA-App genutzt werden. Hier ist zu jeder Zeit und an jedem Ort ein Zugriff möglich.

Der Ausbau von Inhalten und Funktionen der ePA erfolgte schrittweise bis 2025. Im Dezember 2024 lagen folgende Nutzerdaten vor:

Anzahl GesundheitsIDs:

243.308

Aktivierte Patientenakten:

52.331

Wie wird die Leistung gewährt?

Die ePA wird jedem Versicherten kostenlos von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt und, so kein Widerspruch erfolgt, automatisch angelegt. Um die ePA-App nutzen zu können, ist eine GesundheitsID – eine digitale Identität im Gesundheitswesen – erforderlich. Die Versicherten erhalten diese bei der Registrierung in der ePA-App. Mit der GesundheitsID können sie sich auch bei anderen digitalen Services, wie der IKK classic-App oder der E-Rezept-App der Gematik, anmelden.

[Zur IKK classic ePA-App →](#)

Haushaltshilfe

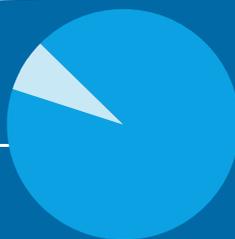
Was ist eine Haushaltshilfe?

Fällt ein Elternteil krankheitsbedingt aus, kann das den Familienalltag schnell aus dem Gleichgewicht bringen: Der Haushalt bleibt liegen und die Kinderbetreuung ist nicht gesichert. Die IKK classic leistet in derartigen Fällen Unterstützung in Form einer Haushaltshilfe, die diese Aufgaben übernehmen kann.



Anzahl Anträge:
6.792

Genehmigungsquote:
80,1 %



Eingelegte Widersprüche:
359

Widerspruchsquote:
5,3 %

Was leistet die IKK classic?

Haushaltshilfe erhalten Versicherte für die Dauer von bis zu vier Wochen, wenn der eigene Haushalt wegen eines Krankenhaus- oder Kuraufenthalts, aufgrund einer schweren Krankheit oder der akuten Verschlimmerung einer Krankheit nicht weitergeführt werden kann. Lebt im Haushalt ein Kind, das jünger als 14 Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird Haushaltshilfe für bis zu 26 Wochen erbracht. **Wir unterstützen dabei über die vom Gesetzgeber festgelegte Altersbegrenzung hinaus.** Übernommen werden die Kosten der Haushaltshilfe, ggf. abzüglich einer Zuzahlung pro Kalendertag.

[Zur Leistungsseite Haushaltshilfe →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Die Leistung wird auf Antrag gewährt. Wurde der Anspruch durch uns festgestellt, gibt es verschiedene Szenarien: Fiel die Entscheidung auf einen Vertragspartner, wickeln wir die komplette Leistung direkt mit dem Vertragspartner ab. Wurde die Haushaltshilfe selbst beschafft oder im Familien- oder Bekanntenkreis organisiert, erstatten wir die Kosten in den genehmigten Grenzen.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen vor.

Anzahl bewilligter Anträge: 5.442
Anzahl abgelehnter Anträge: 1.350
Ablehnungsquote: 19,9 %

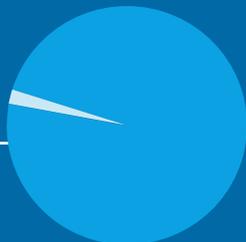
Häusliche Krankenpflege

Was ist Häusliche Krankenpflege?

Die häusliche Krankenpflege zielt darauf ab, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Bei akuten Verschlechterungen – etwa nach einem Klinikaufenthalt oder einer ambulanten Operation – kommt sie zudem als Sicherungs- oder Unterstützungspflege zum Einsatz.



Anzahl Anträge:
213.901
Genehmigungsquote
99,1 %



Eingelegte Widersprüche:
314
Widerspruchsquote:
0,2 %

Was leistet die IKK classic?

Wer zu Hause medizinisch versorgt wird und zusätzlich Krankenpflege durch eine qualifizierte Pflegekraft benötigt, wird durch die IKK classic unterstützt.



Behandlungspflege

Wird am häufigsten benötigt und umfasst pflegerische Tätigkeiten, die die ärztliche Behandlung unterstützen, z. B. Verbandwechsel oder Dekubitusversorgung.



Grundpflege

Beinhaltet pflegerische Leistungen im Bereich Körperpflege und Ernährung.



Hauswirtschaftliche Versorgung

Umfasst Aufgaben im Haushalt von Patientinnen und Patienten, die zur optimalen Versorgung beitragen – etwa das Kochen, Einkaufen oder die Reinigung der Wohnung.

[Zur Leistungsseite Häusliche Krankenpflege →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Nach ärztlicher Verordnung wird die häusliche Krankenpflege von der IKK classic genehmigt.

Vorausgesetzt: Im Haushalt lebt keine andere Person, die die Versorgung übernehmen kann. Leistungen der Grundpflege sind in der Regel nicht vorgesehen, wenn bereits ein Pflegegrad 2 und höher vorliegt.

Die Versorgung erfolgt durch geeignete Pflegedienste, mit denen die IKK classic Verträge abgeschlossen hat. Der Pflegedienst koordiniert in der Regel den Ablauf von Antrag, Prüfung, Genehmigung und rechnet direkt mit der IKK classic ab.

Lediglich gesetzliche Zuzahlungen (**10 Euro pro Verordnung** und **10 Prozent der Kosten** für die **ersten 28 Tage**) können anfallen und werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für die Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen vor.

Anzahl bewilligter Anträge: 212.061

Anzahl abgelehnter Anträge: 1.840

Ablehnungsquote: 0,9 %

Hilfsmittel

Was sind Hilfsmittel?

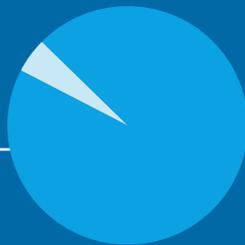
Hilfsmittel erleichtern, mit einer Beeinträchtigung oder den Folgen einer Krankheit zu leben. Sie werden zu Hause angewendet, also nicht im Krankenhaus oder in der Arztpraxis benötigt.

Zu den Hilfsmitteln zählen unter anderem Sehhilfen, Rollstühle, Gehhilfen, Prothesen, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Schuheinlagen sowie Blutzuckermess- und Hörgeräte.



Anzahl Anträge:
2.359.057

Genehmigungsquote
95,5 %



Eingelegte Widersprüche:
4.067

Widerspruchsquote:
0,2 %

Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic übernimmt die Kosten für notwendige Hilfsmittel bis zu bestimmten Preisgrenzen. Die Zuzahlung beträgt in der Regel maximal **10 Euro pro Hilfsmittel** oder pro Monat. Hilfsmittel werden als Sachleistung zur Verfügung gestellt.

Unsere Vertragspartner – wie Gesundheitsfachhäuser, Apotheken, Orthopädie-Schuhtechnikerinnen und -techniker – rechnen die Kosten bei etlichen Hilfsmitteln direkt mit der IKK classic ab. Das bedeutet: Die Versicherten benötigen keine vorherige Genehmigung und können das erforderliche Hilfsmittel auf Wunsch gleich mitnehmen und direkt nutzen.

[Zur Leistungsseite Hilfsmittel →](#)

Wie finden Versicherte einen Leistungserbringer in ihrer Nähe?

Wenn Sie ein Hilfsmittel benötigen, macht es die IKK classic Ihnen einfach. In der Vertragspartnersuche finden Sie alle Leistungserbringer, die einen Vertrag mit der IKK classic zur Lieferung von Hilfsmitteln abgeschlossen haben – und das können Sie nach Ihrer Postleitzahl filtern.

[Zur Vertragspartnersuche der IKK classic →](#)

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl bewilligter Anträge: 2.253.829

Anzahl abgelehnter Anträge: 105.228

Ablehnungsquote: 4,5%

Kinderpflegekrankengeld

Was ist Kinderpflegekrankengeld?

Die IKK classic zahlt Kinderpflegekrankengeld, wenn ein gesetzlich krankenversichertes Kind erkrankt. Voraussetzung: Das Kind ist unter 12 Jahre alt oder behindert und hilfsbedürftig, und keine andere Person im Haushalt kann die Pflege und Betreuung übernehmen.

Seit dem 01.01.2024 besteht auch ein Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld, wenn ein Elternteil zusammen mit dem erkrankten Kind aus medizinisch notwendigen Gründen stationär mit aufgenommen wird.



Anzahl Kinderpflegekrankengeldfälle:

139.840

Anzahl Kinderpflegekrankengeldfälle je **100.000** krankengeldberechtigter Mitglieder:

9.743

Eingelegte Widersprüche:

29

Widerspruchsquote:

0,02 %

Was leistet die IKK classic?

Kinderpflegekrankengeld wird Eltern gewährt, wenn sie ihr erkranktes Kind pflegen. Hier ein Überblick:

Regelfall:

- Anspruch jedes Elternteils: bis zu 10 Arbeitstage pro Kalenderjahr je Kind.
- Alleinerziehende: bis zu 20 Arbeitstage.
- Familien mit mehr als zwei Kindern: pro Elternteil maximal 25 Arbeitstage (Alleinerziehende bis 50 Arbeitstage).

Für die Kalenderjahre 2024 und 2025:

- Je Kind können Eltern bis zu 15 Arbeitstage und Alleinerziehende bis zu 30 Arbeitstage beantragen.
- Bei mehreren Kindern liegt der Anspruch je Elternteil bei maximal 35 Arbeitstagen, bei Alleinerziehenden bei 70 Arbeitstagen.

Stationäre Mitaufnahme:

Wird ein Elternteil bei der stationären Behandlung des Kindes aus medizinischen Gründen mitaufgenommen, besteht der Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld ohne Höchstanspruchsdauer.



Höhe der Zahlungen:

- Das Kinderpflegekrankengeld beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts.
- Wurden in den letzten 12 Monaten Einmalzahlungen wie Weihnachtsgeld empfangen, übernehmen wir 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts – jeweils bis zu einem Höchstbetrag.
- Von dem Kinderpflegekrankengeld werden anteilige Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung abgezogen.

Bei schwerstkranken Kindern:

Hier entspricht das Kinderpflegekrankengeld dem normalen Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit: 70 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts, aber nicht mehr als 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts. Auch hier gibt es einen Höchstbetrag.

Bei Eltern, die ein schwerstkrankes Kind mit einer nur noch geringen Lebenserwartung haben, bezahlt die IKK classic das Kinderkrankengeld für einen Elternteil unbefristet.

[Zur Leistungsseite Kinderkrankengeld →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Bei **häuslicher Betreuung** wegen Krankheit eines Kindes stellt die Kinderarztpraxis eine Bescheinigung aus. Eltern füllen nur den unteren Teil aus und reichen das Formular bei der IKK classic ein, z. B. per Upload in der IKK Onlinefiliale oder der IKK classic-App. Die Arbeitgebenden übermitteln uns automatisch eine Verdienstbescheinigung, nachdem sie den Monat abgerechnet haben, in dem das Kind krank war. Liegen alle Unterlagen vor, überweisen wir das Kinderpflegekrankengeld an die Eltern.

Bei **stationärer Mitaufnahme** erhalten Versicherte von der IKK classic einen Antragsvordruck sowie eine Bescheinigung für die Einrichtung, die die medizinische Notwendigkeit bestätigt. Beide Formulare müssen vollständig ausgefüllt und unterschrieben bei der IKK classic eingereicht werden. Andere formlose Nachweise der stationären Einrichtungen sind ebenfalls ausreichend, sofern sie alle erforderlichen Informationen zur medizinischen Notwendigkeit und zur Dauer der Mitaufnahme enthalten.

Krankengeld

Was ist Krankengeld?

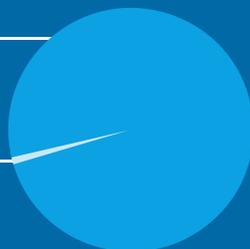
Wer wegen Krankheit arbeitsunfähig ist oder auf Kosten der Krankenkasse in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden muss, dem zahlt die IKK classic Krankengeld.

Versicherte können auch Krankengeld beziehen, wenn sie zur Begleitung eines nahestehenden Menschen mit einer schweren körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung bei einer stationären Krankenhausbehandlung mitaufgenommen werden. Um den Krankengeldanspruch zu erhalten, müssen sowohl die antragstellende Begleitperson als auch die zu begleitende Person einige Voraussetzungen erfüllen, u. a. muss der Begleitperson aufgrund der Mitaufnahme ein Verdienstausfall entstehen und die zu begleitende Person bestimmte Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen.



Anzahl Krankengeldfälle:
108.547

Eingelegte Widersprüche:
1.034



Widerspruchsquote:

1,0 %

Anzahl Krankengeldfälle je
100.000 krankengeld-
berechtigter Mitglieder:

7.562

Was leistet die IKK classic?

Das Krankengeld richtet sich nach dem regelmäßigen Arbeitsentgelt, das jemand zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit verdient hat. Es beträgt in der Regel 70 Prozent des Bruttogehalts, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des Nettogehalts. Generell gilt ein kalendertäglicher Höchstbetrag.

Für dieselbe Krankheit kann man Krankengeld maximal für die Dauer von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren erhalten.

[Zur Leistungsseite Krankengeld →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Während des Krankengeldbezugs stellt die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus. Nach Eingang der Krankmeldung wird das Krankengeld rückwirkend bis zum Tag der ärztlichen Feststellung ausgezahlt.

Im Arbeitsalltag tauchen im Bereich Sozialversicherung und Arbeitsrecht immer wieder neue Fragen auf. Im Podcast „Alles geregelt“ der IKK classic widmen sich Expertinnen und Experten jeden Monat mit einer neuen Folge diesen Themen. In dieser Folge mit Stefan Jung, dem Leiter Beiträge und Versicherungen bei der IKK classic, erfahren Sie alles rund um Meldeverfahren, Workation, Rente u.v.m.



[Zum Podcast „Alles geregelt.“ →](#)

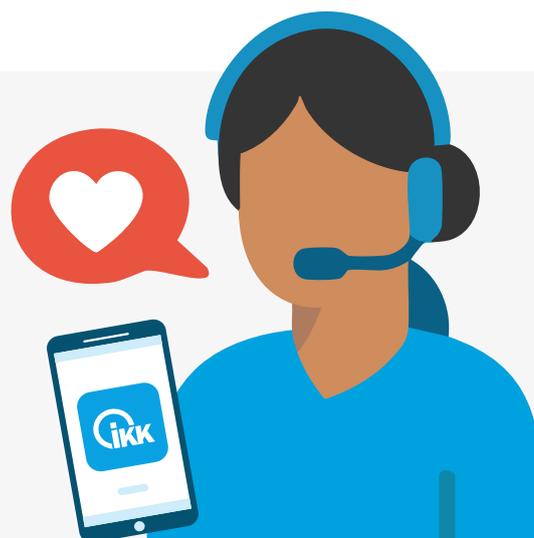
Zusätzlich bietet die IKK classic ihren Versicherten kostenfreie Seminare an. Ob Sozialversicherung, Beschäftigungsverhältnisse, Beitragsberechnung oder Gesundheitstipps: Unsere Expertinnen und Experten vermitteln praxisnahes Fachwissen, das passgenau auf individuelle Anforderungen zugeschnitten ist.

[Zu den kostenfreien Seminaren →](#)

Kundenbeschwerden

Als modernes Dienstleistungsunternehmen legt die IKK classic großen Wert auf eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Kundinnen und Kunden – auch im Umgang mit Beschwerden. Deshalb bieten wir über unsere Onlinefiliale und per IKK classic-App schnelle und unkomplizierte Beschwerdekanäle an.

Jede Rückmeldung wird strukturiert dokumentiert und sorgfältig ausgewertet, denn wir sehen Beschwerden als Chance, Prozessdefizite aufzudecken und unseren Service weiterzuentwickeln.



Was leistet die IKK classic?

Unser Anspruch:



Vertrauen. Nähe.
Service auf Augenhöhe

Ihr Weg zu uns:



- IKK classic-App
- Onlinefiliale
- Schnell. Digital. Unkompliziert.

Was passiert mit der Beschwerde?



- Dokumentiert
- Ausgewertet
- Verbessert

Ziel:



Prozesse optimieren.
Kundenbindung stärken.

Kundenservice

Die IKK classic steht für verlässlichen Service – vor Ort, telefonisch und digital. Deshalb bieten wir Ihnen verschiedene Wege, um schnell den passenden Ansprechpartner zu finden.

Zum Kontaktformular: →



Jeder Tag ist eine Wundertüte. Ich weiß nie genau, was mich erwartet. Das macht es spannend und abwechslungsreich. Und abends gehe ich mit dem Gefühl nach Hause, wirklich etwas bewirkt zu haben.“

Victoria Creutzburg
Kundenberaterin der IKK classic

IKK Servicecenter finden: →



Ihr Kontakt zu uns:

160 IKK Servicecenter

IKK Servicehotline
0800 455 1111

Rückruf-Service
7 – 18 Uhr

IKK Kontaktformular
(E-Mails)

IKK IKK classic-App
(digital / mobil)

IKK Onlinefiliale
(digital / mobil)



1.009.079
persönliche Kontakte



7.848.860
telefonische Kontakte



791.063
eingehende E-Mails



51.187
Kontaktanfragen über die IKK classic-App und die IKK Onlinefiliale

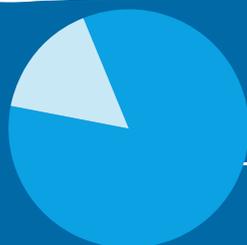
Kundenzufriedenheit

Die IKK classic befragt quartalsweise in einer bevölkerungsrepräsentativen Marktstudie ihre Versicherten nach deren Kundenzufriedenheit und emotionaler Bindung an die IKK classic. Durch das fortlaufende Feedback unserer Versicherten können wir einschätzen, ob die Kundenerwartungen erfüllt werden oder Nachsteuerungen nötig sind.

Die regelmäßigen Ergebnisse zeigen:
Die große Mehrheit der Versicherten der IKK classic ist mit unseren Leistungen sehr zufrieden und hat eine starke emotionale Bindung zu ihrer Krankenkasse.



**ERGEBNIS
KUNDEN-
ZUFRIEDENHEIT:**



**sehr zufriedene und
zufriedene Mitglieder
der IKK classic**
81 %



„Unser Ziel ist es, die Servicequalität der IKK classic aus Sicht unserer Versicherten zu bewerten und dadurch stetig zu verbessern. Wir analysieren das Kundenfeedback, führen Befragungen und Mystery Shopping durch und leiten aus den Ergebnissen konkrete Verbesserungsmaßnahmen ab. So stellen wir sicher, dass unsere Kundinnen und Kunden die bestmögliche Unterstützung erhalten.“

Dietmar Flörke

Leiter Team Qualitätsmanagement Kunden der IKK classic

Methodik:

Methode: Telefonbefragung, bevölkerungsrepräsentativ, quartalsweise

Konkrete Frage zur Kundenzufriedenheit: „Und nun alles in allem:

Wie zufrieden sind Sie mit der IKK classic?“

Definierte 5er-Skala: sehr zufrieden - zufrieden - teils, teils - unzufrieden - sehr unzufrieden

Kundenzufriedenheit: Summe aller sehr zufriedenen und zufriedenen Befragten



IKK Onlinefiliale und IKK classic-App

Was ist die IKK Onlinefiliale?

Die IKK Onlinefiliale ist für unsere Kundinnen und Kunden nicht nur ein sicherer Kontaktkanal, sondern auch die zentrale Plattform für digitale Services rund um Mitgliedschaft und Leistungen. Ob als Desktop-Version oder über die IKK classic-App auf dem Smartphone – alle Inhalte sind nahezu identisch und jederzeit verfügbar. Damit bieten wir ein flexibles und modernes Serviceerlebnis.

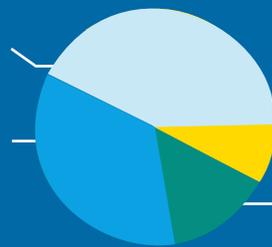


Aktive Nutzerinnen und Nutzer:
275.139

Online-Aktivitäten (gesamt):
1.268.002

**Sonstige Online
Aktivitäten**

**Eingereichte
Bonusmaßnahmen:**
478.099



**Aktualisierung
von Stammdaten**
98.459

**Anträge auf Kostenerstat-
tung für Vorsorge- und
Zusatzleistungen**
177.935

Was leistet die IKK classic?

In der IKK Onlinefiliale bzw. der IKK classic-App können Versicherte zahlreiche Services direkt und sicher digital nutzen:

- Persönliche Daten einsehen und bei Bedarf aktualisieren
- Leistungsanträge, wie den Antrag auf Kinderpflegekrankengeld, bequem online stellen
- Rechnungen und Nachweise für Kostenerstattungen, etwa für Impfungen, Gesundheitskurse, Osteopathie, einfügen
- Den Bearbeitungsstatus eingereicherter Anträge jederzeit einsehen
- Bescheinigungen anfordern oder direkt herunterladen
- Bonusmaßnahmen dokumentieren und Prämien beantragen
- Mit dem GesundheitsCockpit eigene Gesundheitsdaten erfassen, Medikamenteneinnahmen, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen organisieren sowie elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abrufen
- Medizinische Beratung nutzen – per Video, Telefon oder Zweitmeinungsverfahren
- Digitale Gesundheitsangebote wie Gesundheitskurse, Coachings oder Gesundheits-Apps nutzen
- Kontakt zur IKK classic aufnehmen – für Lob, Kritik oder Rückfragen
- Durch Weiterempfehlungen eine Werbeprämie sichern
- Alle Funktionen auch für mitversicherte minderjährige Familienangehörige verwenden

[Mehr über die Onlinefiliale erfahren →](#)



Wie wird die IKK Onlinefiliale bzw. die IKK classic-App genutzt?

Die Nutzung der IKK Onlinefiliale und der IKK classic-App ist für Versicherte der IKK classic kostenfrei. Voraussetzung ist eine einmalige Registrierung per App mit sicherer Identitätsprüfung – so stellen wir den Schutz sensibler Sozial- und Gesundheitsdaten sicher.

Mit den Zugangsdaten zur IKK classic-App können Versicherte verschiedene digitale Angebote der IKK classic nutzen – darunter auch die IKK Onlinefiliale und die elektronische Patientenakte (ePA-App). Hauptversicherte können zudem minderjährige mitversicherte Kinder über ihren Zugang bequem mitverwalten.

Pflege

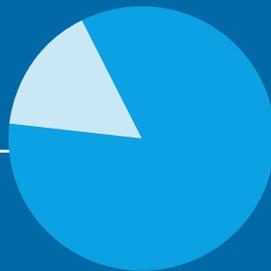
Was sind Pflegeleistungen?

Pflegeleistungen erhalten Versicherte mit anerkanntem Pflegegrad von 1 bis 5, um ihre tägliche Versorgung zu sichern. Bei Pflegegrad 1 besteht Anspruch auf einen Entlastungsbetrag und weitere Hilfen, ab Pflegegrad 2 gibt es feste monatliche Leistungen für Pflege und Betreuung.



Anzahl Erstanträge
60.013*

Genehmigungsquote
78,7 %



Eingelegte Widersprüche:
13.263

Widerspruchsquote:
22,1 %

*In die Kennzahl sind die im Berichtsjahr erledigten Anträge auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit eingeflossen, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der jeweilige Antrag gestellt wurde.

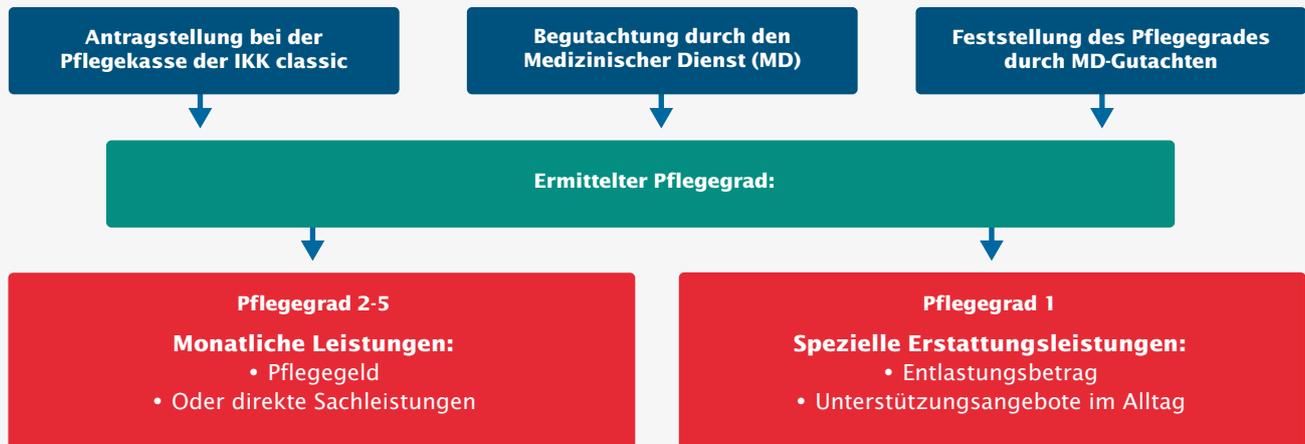
Was leistet die IKK classic?

Die Pflegekasse der IKK classic versorgt ihre Versicherten bei Bedarf mit allen gesetzlich vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung. Dazu gehören:

- **Häusliche Pflege** (Geld- und Sachleistungen, ergänzend dazu teilstationäre Pflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, Pflege in Wohngruppen und Entlastungsleistungen)
- **Vollstationäre Pflege**
- **Pflegehilfsmittel** und **Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**
- **Leistungen für Pflegepersonen** (Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung, Pflegekurse, Pflegeunterstützungsgeld, Leistungen bei Pflegezeit etc.)

[Zu den Leistungsseiten Pflege →](#)

So wird die Leistung gewährt



Was macht die Pflegeberatung der IKK classic?

Wenn sich die Lebensumstände durch Alter oder Krankheit ändern, ist das für die Betroffenen nicht leicht. Aber die IKK classic steht ihren Versicherten in dieser Situation durch ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eng zur Seite.

Die IKK classic bietet ihren Versicherten sowie deren Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen eine Pflegeberatung an. Unsere Pflegeberaterinnen und Pflegeberater kennen sich mit den Leistungen der IKK classic sowie den Leistungen anderer Träger bestens aus. Zusätzlich unterstützt die Pflegeberatung bei der Antragstellung.



Unser Hauptschwerpunkt bei der Beratung liegt im Bereich der Pflegeleistungen. Wir organisieren bei Bedarf die Pflegesituation, falls die oder der Versicherte dazu nicht in der Lage ist und auch keine Angehörigen da sind. Wir bereiten auf die Begutachtung durch den medizinischen Dienst vor, nehmen Anträge auf und leiten sie weiter. Bei Bedarf leiten wir auch Betreuungsverfahren beim Amtsgericht ein und vieles mehr.“

Claudia Kerber
Pflegeberaterin

[Zur Leistungsseite Pflegeberatung →](#)

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl der im Berichtsjahr bewilligten Anträge: 47.213

Anzahl der im Berichtsjahr abgelehnten Anträge: 9.969

Ablehnungsquote: 16,6 %*

*4,7 % der Anträge wurden zurückgenommen bzw. storniert

Prävention im Betrieb (BGM)

Was ist Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)?

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement umfasst alle systematisch geplanten und umgesetzten Maßnahmen von Betrieben und ihren Beschäftigten zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz.

Mit ihrem BGM verknüpft die IKK classic in einem ganzheitlichen Ansatz die für die Gesundheit in der Arbeitswelt bedeutsamen Bereiche gesetzlicher Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement, medizinische Leistungen zur Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.



Betreute Betriebe:

1.096 BETRIEBE

Betriebliche Gesundheitsförderung ist sowohl für Führungskräfte als auch für Beschäftigte immer freiwillig – dennoch äußerst wirksam: Angebote wie Sucht- und Sozialberatung, Betriebssport oder Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben tragen nachweislich positiv zur Gesundheit der Beschäftigten bei.

[So funktioniert BGM →](#)



Die Module sind gut strukturiert und ich habe schnell gemerkt, dass die Mitarbeitenden hiervon profitieren. Wir haben die Teilnahme – bis auf das Teambuilding – allen Mitarbeitenden freigestellt. 70 bis 80 Prozent des Betriebs nutzen die Maßnahmen regelmäßig.“

Sabrina Schöllgen

Prokuristin, Schöllgen Haustechnik

Wie setzt man ein effizientes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in seinem Unternehmen um? Diese und weitere Fragen beantworten wir hier:

[BGM on Tour →](#)

Was leistet die IKK classic?

Die IKK classic setzt gemäß ihres gesetzlichen Auftrags nach § 20b SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben um. Hier geht es insbesondere um den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Die Handlungsgrundlage liefert der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes.

Wir regen in den Betrieben ein systematisches **Betriebliches Gesundheitsmanagement** an und fördern die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger – effektiv, ganzheitlich und ohne doppelte Strukturen.

Der Prozess beginnt mit motivierenden und sensibilisierenden Maßnahmen, wie **Seminaren** (z. B. „Gesundes Führen“, „Psychische Gesundheit im Betrieb“) sowie **Gesundheits-Checks** im Rahmen von **Gesundheitstagen** (jetzt auch als digitaler **3D-Gesundheitsparcours**).

Basierend auf dem ermittelten Bedarf planen wir gezielte Maßnahmen und bieten für Führungskräfte und Beschäftigte Trainings zu folgenden Schwerpunkten an:

- **Reduzierung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen**
- **Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag**
- **Stressmanagement und Ressourcenstärkung**
- **Gesunde Zusammenarbeit im Team**
- **Suchtprävention im Betrieb**
- **Für Pflegekräfte: entlastende Kommunikation im Pflegealltag (Training empCare)**

Die Teilnahme am Programm ist für Betriebe und Beschäftigte grundsätzlich kostenlos.

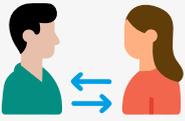
[Mehr zur Gesundheit im Betrieb erfahren →](#)

Seminare „Gesunder Betrieb“

Gezieltes Wissen und praktische Tipps unserer Experten helfen dabei, die Führungskompetenz zu stärken. Unser kostenloses Seminarangebot umfasst eine große Auswahl an BGM-Seminaren, die sowohl online als auch vor Ort stattfinden.

[Zu den kostenlosen Onlineseminaren →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?



Schritt 1: Beratung

Erstgespräch mit den regionalen Gesundheitsmanagerinnen und Gesundheitsmanagern, um BGM-Möglichkeiten zu erkunden und Ziele festzulegen.



Schritt 2: Analyse

Auswahl und Einsatz passender Analyseinstrumente, um den individuellen Bedarf und die gesundheitlichen Potenziale zu ermitteln.



Schritt 3: Auswertung

Gespräch zu den Analyseergebnissen und Erstellung eines Maßnahmenplans.



Schritt 4: Umsetzung

Gezielte Trainings in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressmanagement, Teamentwicklung und Suchtprävention, abgestimmt auf den Betrieb und das individuelle Verhalten.



Schritt 5: Abschluss

Gespräch zum Projektverlauf und zur Weiterführung. Auch nach Projektende steht die IKK classic den Betrieben weiterhin beratend zur Seite.

500 EURO

für den Betrieb*

*Teilnahme von mind. drei IKK-versicherten Mitarbeitenden

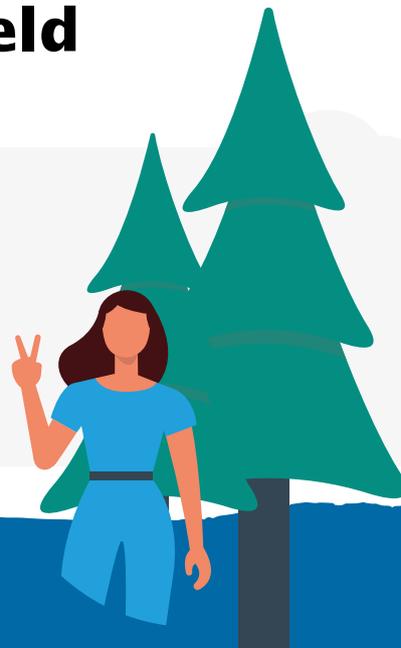
150 EURO

für alle IKK-versicherten Mitarbeitenden,
die an allen drei Einheiten teilgenommen haben.

Prävention im privaten Umfeld

Was ist Prävention?

Prävention umfasst im Gesundheitswesen alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko einer Erkrankung zu verringern oder deren Auftreten zu verzögern.



Teilnehmende an den
IKK Gesundheitskursen:

78.551



Teilnehmende an den
IKK Aktiv-Tagen:

5.832



Teilnehmende an den
IKK Online-Gesundheitskursen:

4.735

Was leistet die IKK classic?

Im Rahmen der Primärprävention unterstützt die IKK classic ihre Versicherten finanziell bei der Teilnahme an qualitätsgeprüften Gesundheitskursen zu Themengebieten:

- **Bewegung**
- **Ernährung**
- **Entspannung**
- **Umgang mit Suchtmitteln**

Die zertifizierten Angebote können von Erwachsenen sowie von Kindern ab sechs Jahren und Jugendlichen genutzt werden.

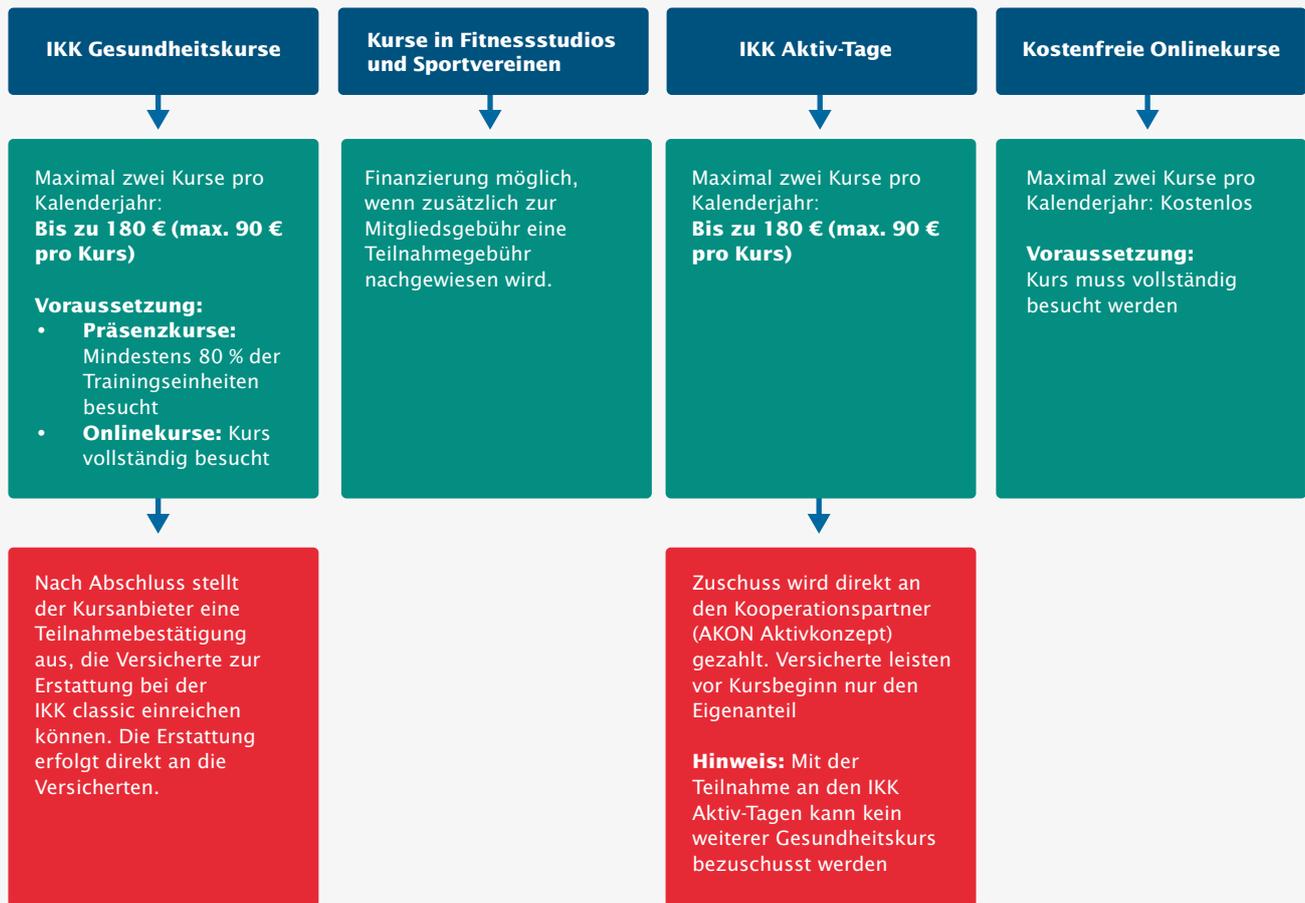
Mit den **IKK Aktiv-Tagen** bietet die IKK classic eine flexible Lösung für Versicherte, die beruflich stark eingebunden sind, im Schichtdienst arbeiten oder aufgrund ihrer familiären Situation keinen Kurs vor Ort besuchen können.

Dabei verbinden sich ein Aufenthalt in einem Kurshotel mit zwei qualifizierten Präventionskursen – in Kooperation mit AKON Aktivkonzept. Während des Aufenthalts werden die Teilnehmenden von einem Expertenteam aus Fachkräften in Physiotherapie, Sporttherapie, Diätassistenz, Psychologie und Gesundheitspädagogik begleitet.

Zudem bietet die IKK classic ihren Versicherten kostenlose **Onlinekurse** aus allen Handlungsfeldern an. Diese sind über die Website, die IKK classic-App und die IKK Onlinefiliale abrufbar.

[Zum Kursangebot der IKK classic →](#)

So wird die Leistung gewährt



Versicherte der IKK classic profitieren zudem von kostenlosen Seminaren zu Familie und Gesundheit – mit fundiertem Expertenwissen und praxisnahen Tipps für den Alltag.

[Zu den kostenlosen Online Seminaren](#) →

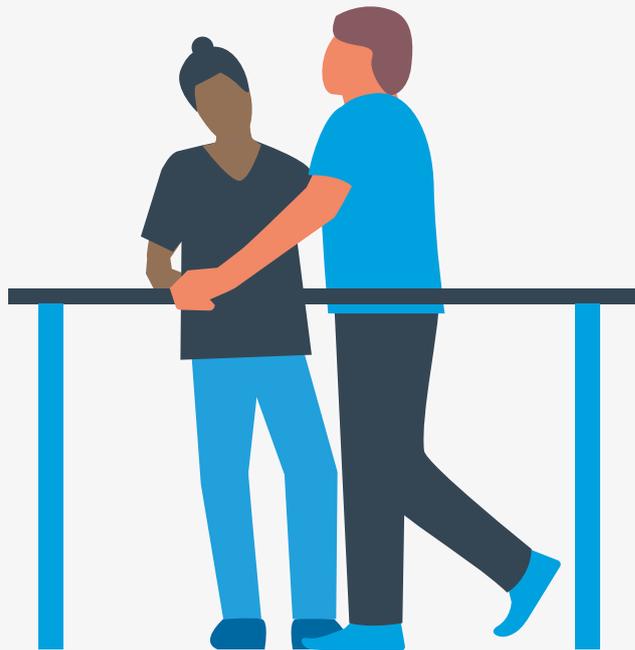


Rehabilitation

Was sind Rehabilitationsleistungen?

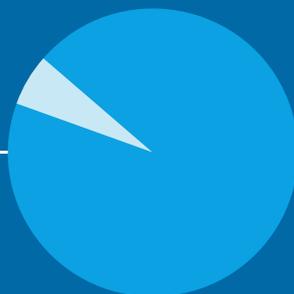
Rehabilitationsleistungen sind darauf ausgerichtet, bereits eingetretene Krankheiten zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Ziel ist es, Beschwerden zu lindern und den Behandlungserfolg – etwa nach einem Krankenhausaufenthalt – langfristig zu sichern. Zudem tragen sie dazu bei, bestehende Behinderungen zu beseitigen oder zu verbessern und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die medizinische Rehabilitation kann je nach Bedarf ambulant, stationär oder mobil erbracht werden. Mobile Rehabilitation bietet den Vorteil, dass Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld behandelt werden, was häufig zu einer schnelleren Genesung und einer höheren Lebensqualität führt.



Anzahl Anträge:
41.569

Genehmigungsquote:
94,2 %



Eingelegte Widersprüche:
5.176

Widerspruchsquote:
12,5 %

Was leistet die IKK classic?

Sind zur Linderung von Beschwerden die ärztlichen Leistungen sowie die ambulanten Maßnahmen nicht ausreichend, erhalten Versicherte von uns unter bestimmten Voraussetzungen eine medizinische Rehabilitationsleistung.

Wir übernehmen die Kosten der Rehabilitationsmaßnahme und die notwendigen Fahr- und Reisekosten zu dieser Maßnahme abzüglich anfallender Eigenbeteiligungen.

[Zu Leistungsseite Rehabilitationskuren →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Sollte eine Rehabilitationsleistung medizinisch erforderlich sein, stellt der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin ein Formular (Muster 61 Teil B-D) aus.

Nach Vorlage bei uns übermitteln wir dann umgehend alle weiteren notwendigen Antragsunterlagen an unsere Versicherten. Sobald ein Antrag komplett ausgefüllt vorliegt, klären wir gegebenenfalls mit dem Medizinischen Dienst, ob und in welcher Einrichtung die Leistung durchgeführt werden kann.

So erreichen Sie unser Team:



Ansprechstelle Rehabilitation und Teilhabe

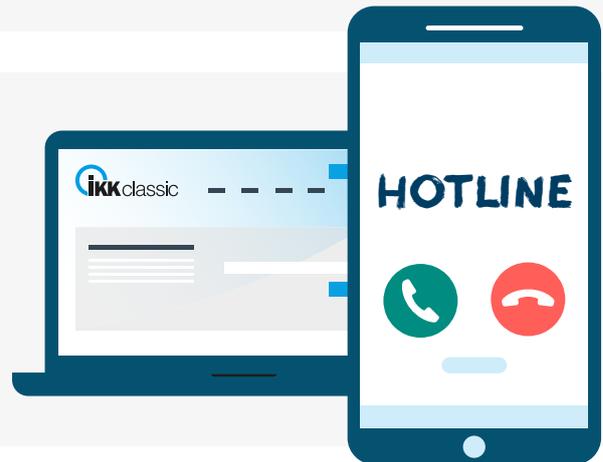
IKK Service-Hotline (kostenfrei)

0800 438 6225

Mo. bis Do. 8-18 Uhr



[Kontaktformular](#) →



Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl genehmigter Anträge: 39.163

Anzahl abgelehnter Anträge: 2.406

Ablehnungsquote: 5,8 %

Vorsorgeleistungen

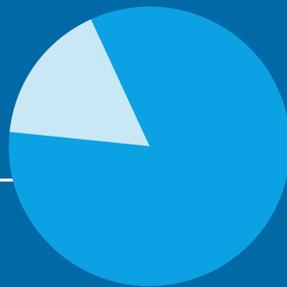
Was sind Vorsorgeleistungen?

Medizinische Vorsorgeleistungen haben das Ziel, einer Schwächung der Gesundheit vorzubeugen, Krankheiten zu verhüten bzw. deren Verschlimmerung zu vermeiden, eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern entgegenzuwirken.



Anzahl Anträge:
10.890

Genehmigungsquote:
83,5 %



Eingelegte Widersprüche:
414

Widerspruchsquote:
3,8 %



Was leistet die IKK classic?

Vorsorgeleistungen werden als ambulante und stationäre Vorsorgekuren erbracht.

Bei **ambulanten Vorsorgekuren** erbringen wir die medizinisch notwendigen Heilmittel vor Ort, die durch die Kurärztin bzw. den Kurarzt verordnet wurden. Die IKK classic trägt die Kosten der Heilmittel. Versicherte tragen lediglich einen Eigenanteil von 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Für Jugendliche unter 18 Jahren entfällt die Zuzahlung.

Zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe erhalten Versicherte von uns einen pauschalen Zuschuss von bis zu 100 Euro, sofern die Maßnahme mindestens 14 Kalendertage dauert. Bei chronisch kranken Kindern beträgt der Zuschuss 25 Euro täglich. Falls medizinisch erforderlich, ist im Allgemeinen nach drei Jahren erneut eine solche Vorsorgeleistung möglich.

Bei einer **stationären Vorsorgekur** übernimmt die IKK classic alle vertraglichen Kosten in der Einrichtung. Versicherte leisten lediglich eine Zuzahlung von zehn Euro täglich, Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von dieser Zuzahlung generell befreit.

[Zur Leistungsseite Vorsorgekur →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?



Schritt 1. Prüfung:

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt prüft, ob eine ambulante Vorsorgekur sinnvoll und notwendig ist.



Schritt 2. Antrag ambulant:

Bei positiver Prüfung erhalten Versicherte einen Vorsorgekur-Antrag. Die Arztpraxis bestätigt und verordnet die ambulante Vorsorgeleistung. Anschließend prüft die IKK classic ggf. gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst, ob diese Leistung durchgeführt werden kann.



Schritt 3. Alternative stationär:

Reichen ambulante Maßnahmen nicht aus, stellt die Arztpraxis ein Formular (Muster 61 Teil A) bzw. eine formlose Bescheinigung aus. Die IKK classic sendet die Antragsunterlagen für eine stationäre Vorsorgekur. Nach Eingang wird mit dem Medizinischen Dienst geprüft, in welcher Einrichtung die stationäre Vorsorgekur durchgeführt werden kann.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl genehmigter Anträge: 9.095

Anzahl abgelehnter Anträge: 1.795

Ablehnungsquote: 16,5 %

Widersprüche und Klagen

Was ist ein Widerspruch?

Mit einem Widerspruch bringen Kundinnen und Kunden zum Ausdruck, dass sie mit einer ihre Belange betreffenden Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden sind. Das Widerspruchsverfahren dient der Überprüfung der Entscheidung der Krankenkasse und Pflegekasse.



Anzahl Widersprüche KV: 16.957

Anzahl Klagen KV: 708

Anzahl Widersprüche KV je

100.000 Versicherte: 562

Anzahl Klagen KV je 100.000 Versicherte: 23

Anzahl Widersprüche PV: 12.273

Anzahl Klagen PV: 354

Anzahl Widersprüche PV je

100.000 Versicherte: 407

Anzahl Klagen PV je 100.000 Versicherte: 12

* Widerspruchsverfahren 2024

Als Widersprüche des Berichtsjahres gelten die im Berichtsjahr erledigten Widersprüche, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der Widerspruch eingelegt wurde (KV: Krankenversicherung, PV: Pflegeversicherung).

** Klageverfahren 2024

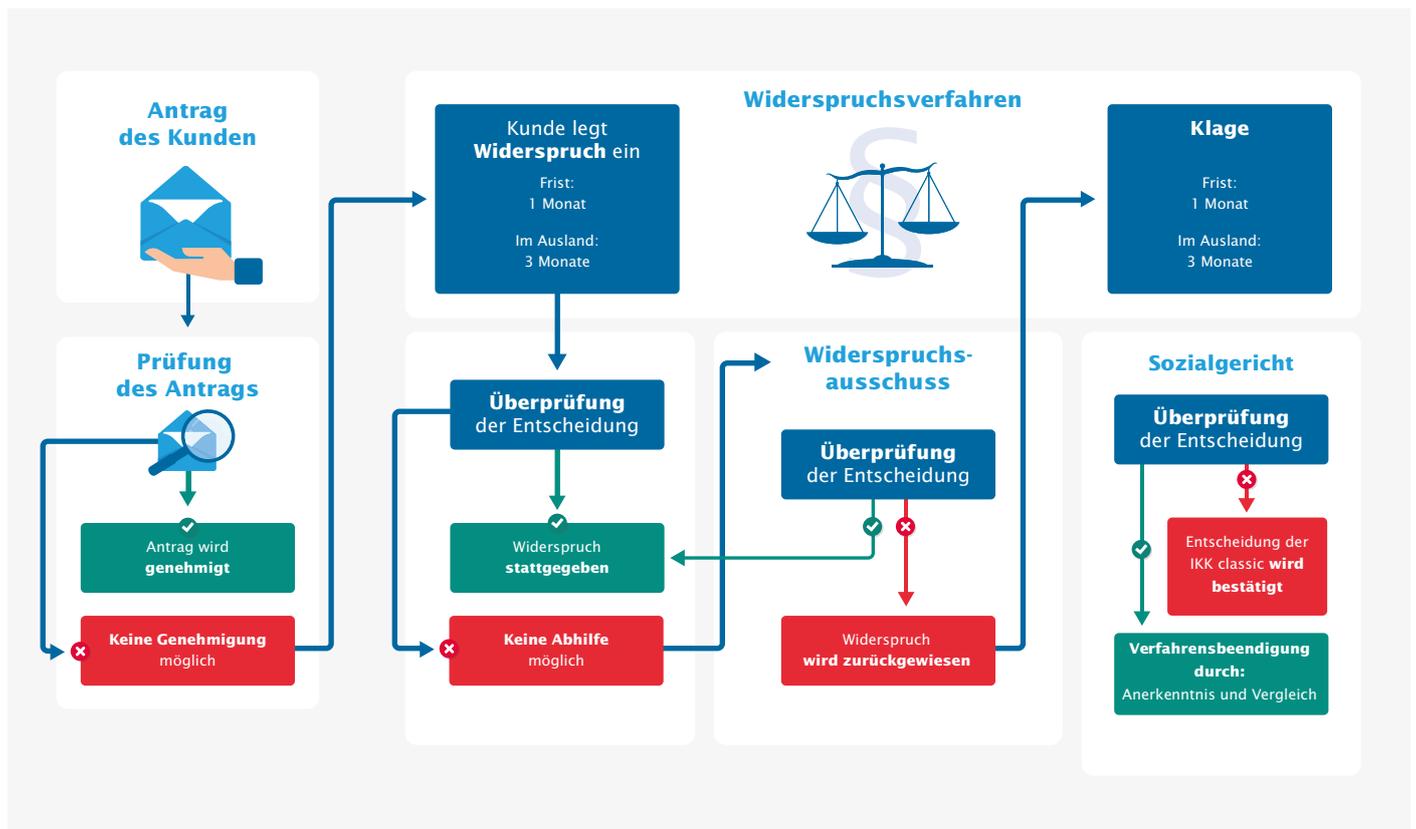
In die Ermittlung dieser Kennzahl fließen sämtliche im Berichtsjahr rechtskräftig entschiedene Klagen gegen die Krankenkasse ein, mit denen ein Widerspruchsbescheid in der Hauptsache angefochten wurde (KV: Krankenversicherung, PV: Pflegeversicherung).

Wie ist der Ablauf eines Widerspruchs?

Kundinnen und Kunden, die mit einer sie betreffenden Entscheidung nicht einverstanden sind, können innerhalb eines Monats nach Empfang des Bescheides Widerspruch bei der IKK classic einlegen. Wir überprüfen dann eingängig unsere ursprüngliche Entscheidung. Hierfür ist es hilfreich, genau zu schildern, warum der Entscheidung widersprochen wird, also warum z. B. eine abgelehnte Leistung notwendig ist. Bei Bedarf wird ein spezieller Widerspruchsausschuss hinzugezogen.

Wird der Widerspruch vom Widerspruchsausschuss zurückgewiesen, besteht für Versicherte die Möglichkeit, innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einzureichen.

Widersprüche und Klagen



Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor (KV: Krankenversicherung, PV: Pflegeversicherung).

Anzahl erfolgreicher Widersprüche KV: **6.449**

Anzahl erfolgreicher Widersprüche KV je 100.000 Versicherte: 214

Anzahl Widersprüche KV ohne Erfolg: **5.852**

Anzahl Widersprüche KV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: 194

Anzahl zurückgenommener Widersprüche KV: **4.335**

Anzahl zurückgenommener Widersprüche KV je 100.000 Versicherte: 144

Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche KV: **321**

Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche KV je 100.000 Versicherte: 11

Anzahl erfolgreicher Widersprüche PV: **4.135**

Anzahl erfolgreicher Widersprüche PV je 100.000 Versicherte: 137

Anzahl Widersprüche PV ohne Erfolg: **3.844**

Anzahl Widersprüche PV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: 127

Anzahl zurückgenommener Widersprüche PV: **4.085**

Anzahl zurückgenommener Widersprüche PV je 100.000 Versicherte: 135

Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche PV: **209**

Anzahl sonstiger erledigter Widersprüche PV je 100.000 Versicherte: 7

Anzahl erfolgreicher Klagen KV: **20**

Anzahl erfolgreicher Klagen KV je 100.000 Versicherte: 1

Anzahl Klagen KV ohne Erfolg: **157**

Anzahl Klagen KV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: 5

Anzahl Klagen KV, die zurückgenommen wurden: **359**

Anzahl Klagen KV, die zurückgenommen wurden je 100.000 Versicherte: 12

Anzahl Klagen KV, die auf sonstige Art erledigt wurden: **49**

Anzahl Klagen KV, die auf sonstige Art erledigt wurden je 100.000 Versicherte: 2

Anzahl Klagen KV mit Anerkenntnis: **123**

Anzahl Klagen KV mit Anerkenntnis je 100.000 Versicherte: 4

Anzahl erfolgreicher Klagen PV: **5**

Anzahl erfolgreicher Klagen PV je 100.000 Versicherte: 0

Anzahl Klagen PV ohne Erfolg: **29**

Anzahl Klagen PV ohne Erfolg je 100.000 Versicherte: 1

Anzahl Klagen PV, die zurückgenommen wurden: **156**

Anzahl Klagen PV, die zurückgenommen wurden je 100.000 Versicherte: 5

Anzahl Klagen PV, die auf sonstige Art erledigt wurden: **49**

Anzahl Klagen PV, die auf sonstige Art erledigt wurden je 100.000 Versicherte: 2

Anzahl Klagen PV mit Anerkenntnis: **115**

Anzahl Klagen PV mit Anerkenntnis je 100.000 Versicherte: 4

Zahnersatz

Was ist Zahnersatz?

Manchmal reicht eine Füllung nicht mehr aus, um einen Schaden an einem Zahn zu beheben. Der Zahnersatz bietet hier verschiedene Möglichkeiten, die Ästhetik und Gesundheit des Mundraums zu erhalten. Unter Zahnersatz versteht man zum Beispiel Kronen, Brücken, Vollprothesen sowie Implantate.



Anzahl Anträge:
484.627

Genehmigungsquote:
89,7 %



Eingelegte Widersprüche:
181

Widerspruchsquote:
0,04 %

Zahnvorsorge und Bonusheft

- Neben der täglichen Zahnpflege ist der Besuch bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt entscheidend, um Karies, Zahnfleischentzündungen und Zahnschmerzen vorzubeugen. Versicherte der IKK classic profitieren von der Erstattung der halbjährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung.
- Wenn Sie Ihre Zähne entsprechend gut pflegen und regelmäßig vom Zahnarzt kontrollieren lassen, erhöht sich im Falle eines Zahnersatzes der Zuschuss, mit dem sich die IKK classic an den Kosten beteiligt: Je konsequenter die Vorsorge, desto höher der Bonus.



[Mehr über Zahnvorsorge →](#)

Was leistet die IKK classic?

Die Kosten für die Zahnersatzbehandlung durch die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt und die zahntechnische Leistung darf die IKK classic nur anteilig erstatten. Die IKK classic bezuschusst die Kosten für die Behandlung mit einem festen Betrag – dem sogenannten Festzuschuss.

Festzuschuss-Quoten:

- Regelversorgung: 60 % Erstattung.
Bonusheft gepflegt:
- Nach 5 Jahren: 70 % Erstattung.
- Nach 10 Jahren: 75 % Erstattung.

Regelmäßige Vorsorge:

- Erwachsene: mindestens einmal jährlich.
- Jugendliche (bis 18 Jahre): einmal halbjährlich.

[Zur Leistungsseite Zahnersatz →](#)

Wie wird die Leistung gewährt?

Zunächst stellt die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan mit dem Befund aus, der an uns elektronisch übermittelt wird. Die Versicherten erhalten alle Informationen zur Therapie, den Kosten und der voraussichtlichen Höhe des Bonus schriftlich von der Zahnarztpraxis ausgehändigt. Auf Basis des Befunds wird die Regelversorgung und somit die Höhe des Festzuschusses festgelegt.

Bei der Regelversorgung zieht die zahnärztliche Praxis nach Abschluss der Zahnersatzbehandlung den Festzuschuss von der Gesamtrechnung ab, unsere Versicherten zahlen nur noch den Eigenanteil.

Bei einer andersartigen Versorgung legen Versicherte die Rechnung ihrer IKK classic vor und erhalten von dort den Festzuschuss.

Ergänzende Kennzahlen

Ergänzend zu unserer Auswertung stellen wir Ihnen hier weitere Kennzahlen nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands vor.

Anzahl bewilligter Anträge: 434.536

Anzahl abgelehnter Anträge: 50.091

Ablehnungsquote: 10,3 %